

# Formulaire d'autorisation et directives pour l'administration de médicaments

Année scolaire : 20\_\_\_\_\_ à 20\_\_\_\_\_

Le présent formulaire doit être rempli par un parent/tuteur afin de demander qu'un membre du personnel de l'école administre un médicament à un élève pendant les heures d'école ou pendant une activité scolaire approuvée quand ce médicament est nécessaire pour permettre la participation de l'élève.

Le présent formulaire est valable uniquement pour l'année scolaire en cours et doit être rempli annuellement. Il faut aussi envoyer un nouveau formulaire chaque fois qu'il y a un changement aux médicaments de l'élève. Ce formulaire sera ajouté au registre de l'élève dans TIENET. Un exemplaire doit être fourni au membre du personnel qui administre le médicament et conservé avec le Registre de l'administration d'un médicament.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE		
Nom de l'élève :		Nom de l'école :
Date de naissance (mm/jj/aaaa) :	Niveau scolaire :	Enseignant titulaire :
Est-ce que l'élève a un plan médical pour l'année scolaire en cours? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> s.o.		
Si oui, quel est le besoin médical ou diagnostic médical particulier concerné?  		
<b>Veillez noter :</b> S'il existe un plan médical qui comprend une autorisation pour l'administration de médicaments en cas d'urgence (ex. autoinjecteur d'épinéphrine, Baqsimi®, médicament pour les attaques, médicament pour l'asthme), le présent formulaire n'est PAS requis.		
PARENT/TUTEUR		
Nom du parent/tuteur :	Numéro en cas d'urgence :	Courriel :
Nom du parent/tuteur :	Numéro en cas d'urgence :	Courriel :

## DIRECTIVES POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS :

(conformément à l'étiquette apposée sur le médicament délivré sur ordonnance ou à l'emballage du médicament en vente libre)

	Médicament 1	Médicament 2	Médicament 3
Nom du médicament			
Raison pour l'administration du médicament (ex. diabète)			
Personne ayant administré le médicament	<input type="checkbox"/> Élève avec supervision du personnel <input type="checkbox"/> Membre du personnel de l'école	<input type="checkbox"/> Élève avec supervision du personnel <input type="checkbox"/> Membre du personnel de l'école	<input type="checkbox"/> Élève avec supervision du personnel <input type="checkbox"/> Membre du personnel de l'école
Dose (quantité) et heure à laquelle le médicament a été administré pendant les heures d'école			
Façon (voie) dont le médicament a été administré (ex. par la bouche, par sonde d'alimentation*, etc.) <small>*Voir la note sur les sondes d'alimentation ci-dessous.</small>			
Autres directives (ex. comment ranger les médicaments)			

Dans les rares cas où l'élève a besoin de plus de trois médicaments, veuillez en discuter avec votre administrateur scolaire; il se peut que l'on exige des documents supplémentaires.

### Section réservée pour l'administration de médicaments par sonde d'alimentation

(Consulter aussi le plan médical pour l'alimentation par sonde.)

Quantité d'eau pour rincer la sonde d'alimentation	Avant méd. : _____ ml	Avant méd. : _____ ml	Avant méd. : _____ ml
	Après méd. : _____ ml	Après méd. : _____ ml	Après méd. : _____ ml

### AUTRES COMMENTAIRES :

J'ai lu le formulaire et par la présente, je demande à l'école et au conseil scolaire ou au centre régional pour l'éducation de mon enfant d'assurer l'administration des médicaments sur ordonnance décrits dans le présent formulaire à l'élève nommé ci-dessus, et je leur donne l'autorisation de le faire. Je libère tout membre du personnel ainsi que l'école nommée, son conseil scolaire ou centre régional pour l'éducation, le ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance, la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse et le Centre de santé IWK de toute responsabilité légale découlant de l'administration de médicaments ou dans l'éventualité où le médicament n'est pas disponible en quantité suffisante. Je reconnais et je comprends que, en tant que parent/tuteur de l'élève, j'ai la responsabilité de m'assurer que l'école dispose d'une quantité suffisante de médicaments pour répondre aux besoins de l'élève pendant qu'il est à l'école. Si l'école ne dispose pas d'une quantité suffisante d'un médicament, on communiquera avec moi, et j'organiserai le transport du médicament à l'école ou je prendrai d'autres dispositions pour mon enfant pour le reste de la journée d'école.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur

\_\_\_\_\_  
Signature du prescripteur autorisé exigée pour usage à long terme (deux semaines ou plus) de médicaments en vente libre

mm/jj/aaaa

mm/jj/aaaa

Nom de l'élève :

Année scolaire : 20\_\_\_\_ à 20\_\_\_\_